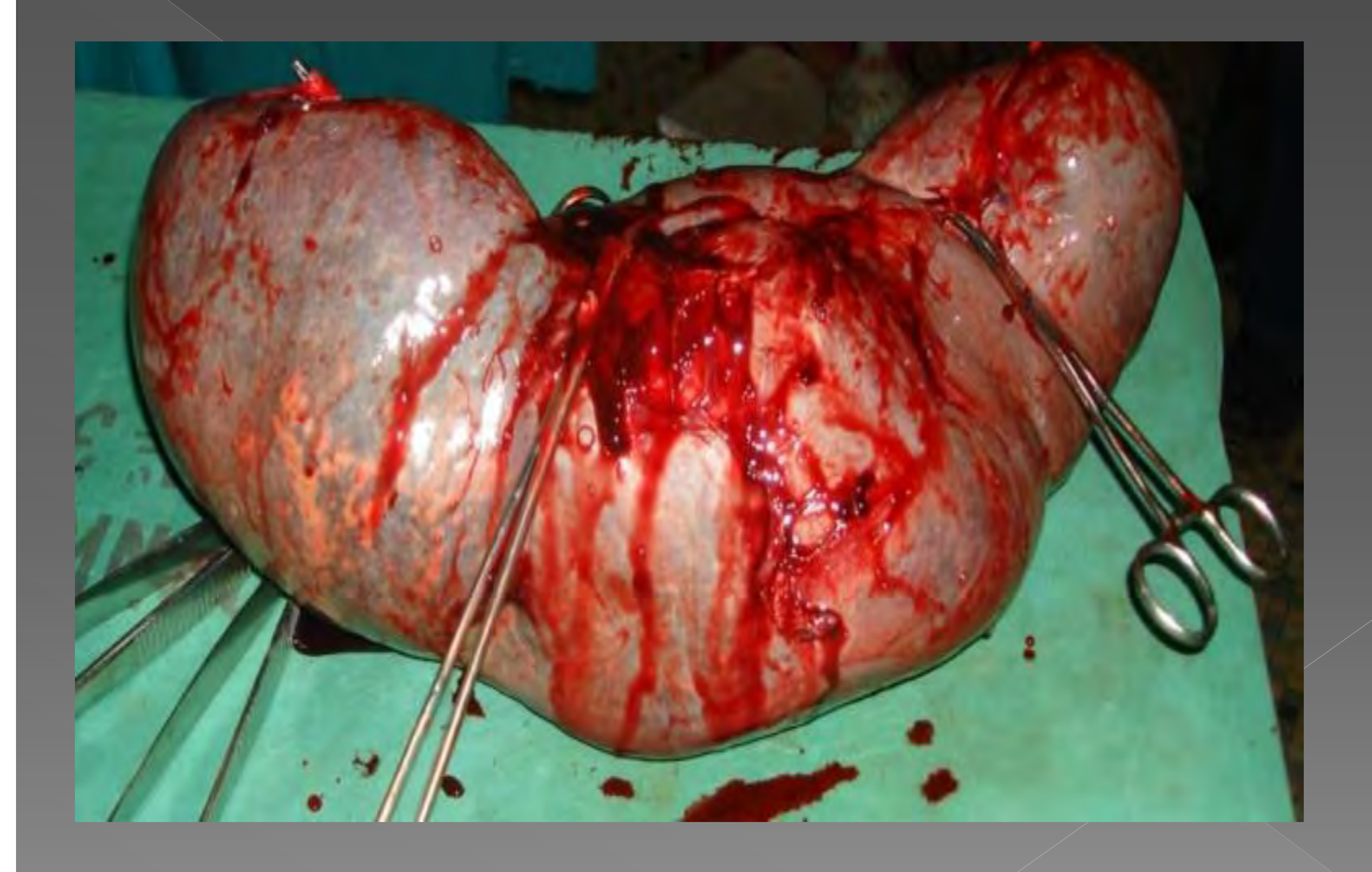
LES SPLÉNOMÉGALIES

Pr S.HANANE

2014-2015



DEFINITION

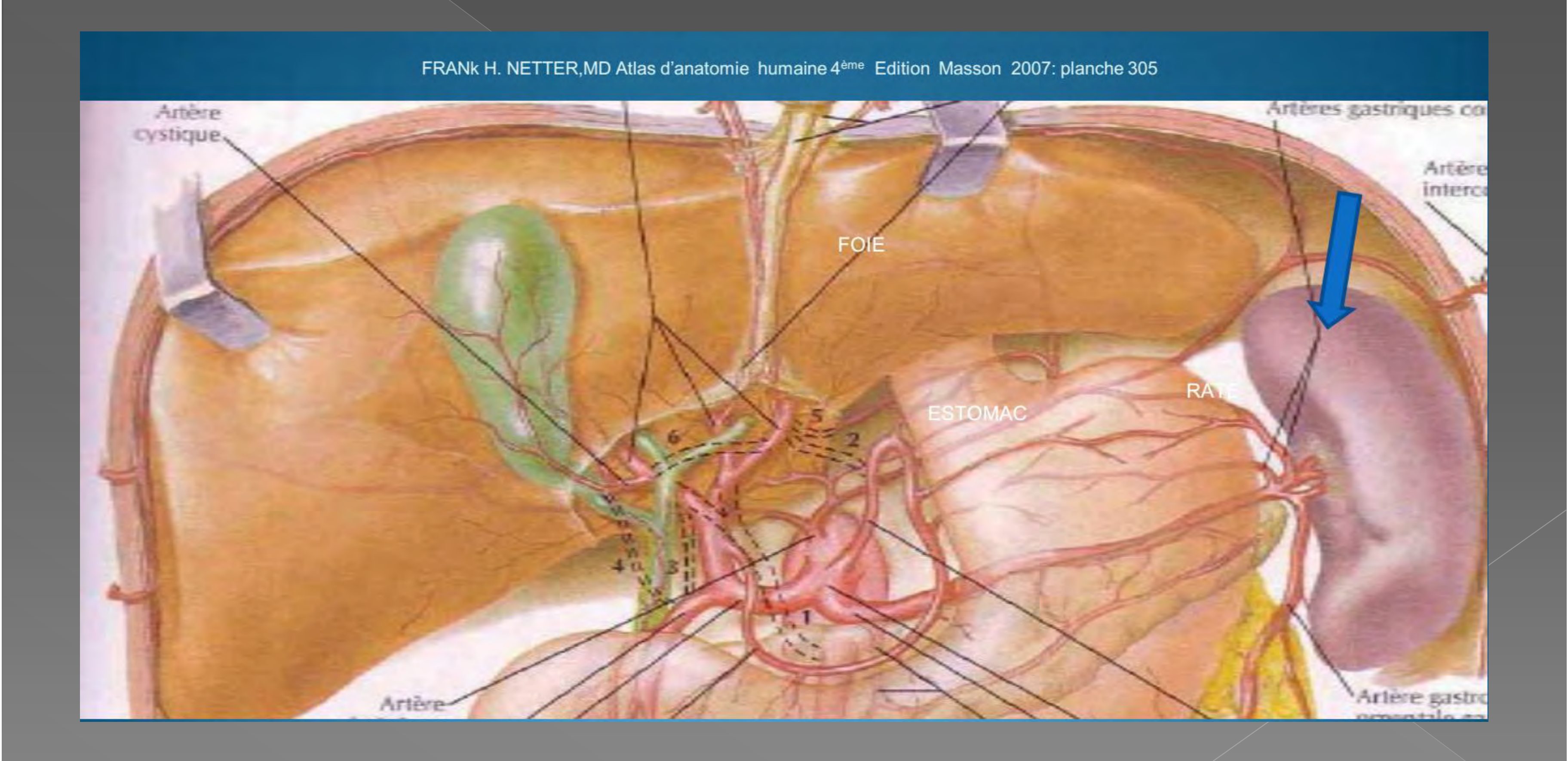
- C'est une augmentation du volume de la rate qui devient palpable.

RAPPEL ANATOMIQUE

- la rate est située dans l'hypocondre gauche derrière entre la 9e et la 11e côte transversalement entre la ligne axillaire moyenne et la ligne axillaire postérieure sur une hauteur de 5 à 6 cm. Elle est limitée en haut par le diaphragme, en bas par l'angle colique gauche, en dedans par l'estomac et en arrière par le rein gauche.

Normalement, la rate pèse de 150 à 200g, elle ne déborde pas le rebord costal gauche; sauf chez le nourrisson et le jeune enfant chez lesquels le pôle inférieur peut être palpé lors de l'inspiration profonde.

RAPPEL ANATOMIQUE



RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

- Fonctions de la rate

1. Filtration macrophagique
2. Filtre vasculaire
3. Fonction Immune
4. Vicariance (suppléance flle d'un organe par un autre) hématopoïétique.

- 1. Fonction de filtration Macrophagique

-Splénomégalie infectieuse et parasitaire

-Splénomégalie inflammatoire

-Splénomégalie de surcharge

- 2. Fonction hémodynamique :

-Splénomégalie vasculaire: hypertension portale

- splénomégalie de Séquestration: anémie hémolytique

- 3.Fonction Immune: splénomégalie par Hémopathies

- 4. Fonction vicariance hématopoïétique: A l'état normal chez le fœtus, la rate a une fonction hématopoïétique (production de globules rouges, de globules blancs et de plaquettes) entre le 5e et le 7e mois, puis cette fonction diminue et disparaît avant la naissance.

- 5. Splénomégalies primitives isolées

.Bénignes: Fibrome, dysembryome, kyste lymphatique

.Malignes: Fibrosarcome, hémangioblastome, métastases…

PHYSIOPATHOLOGIE DES SPLÉNOMÉGALIES

- Une hypertrophie de la rate peut être due à plusieurs mécanismes.

1. Une hémopathie
2. Une hyperhémolyse
3. Une infection sévère
4. Une maladie de surcharge
5. Une hypertension portale

ETUDE SÉMIOLOGIQUE

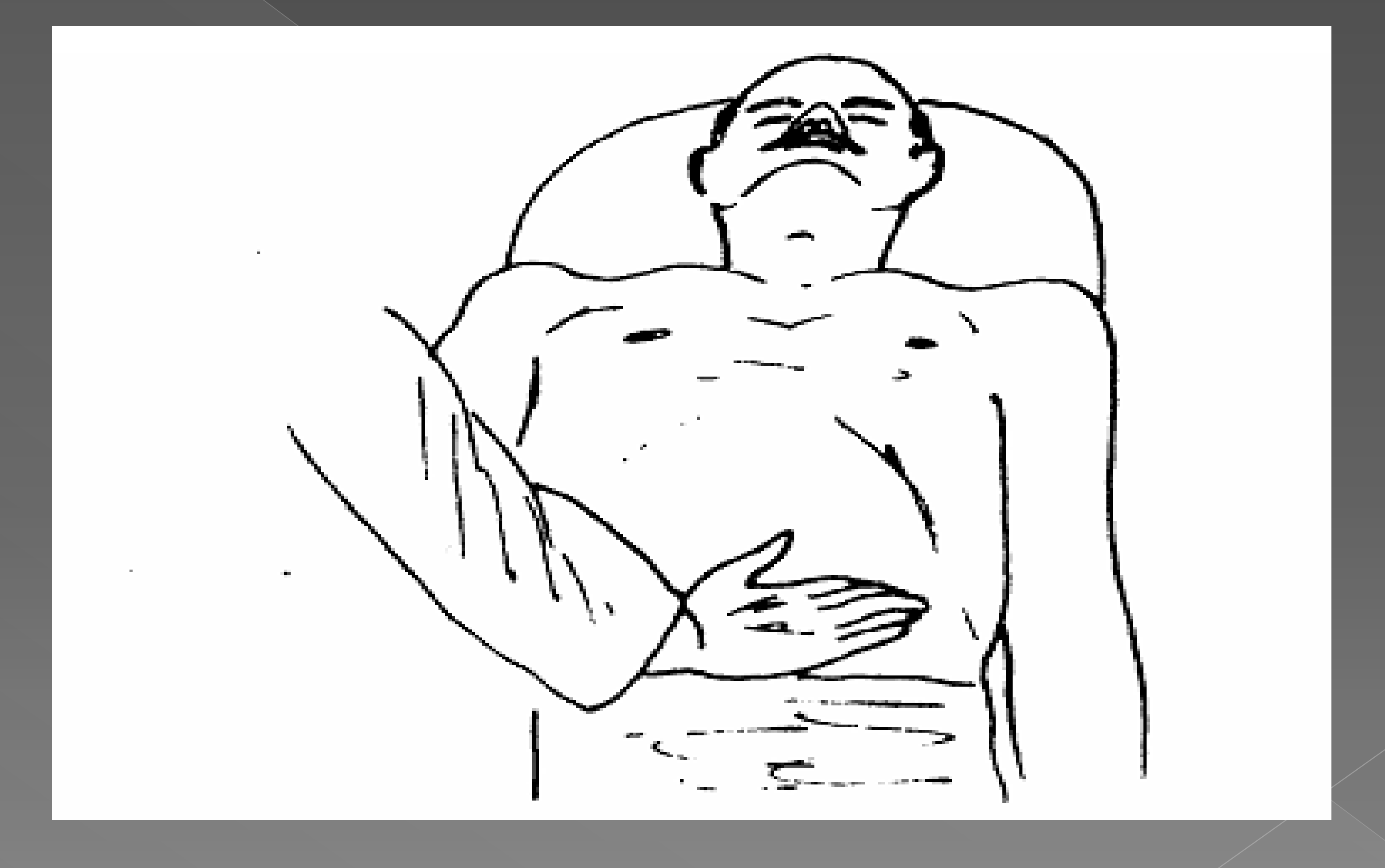
- reconnaître la splénomégalie ;
- préciser ces caractères;
- dans les cas difficiles, certains examens complémentaires seront nécessaires pour différencier la splénomégalie des autres tumeurs de l'hypocondre gauche (dc diferentiel);

1.Reconnaître la splénomégalie

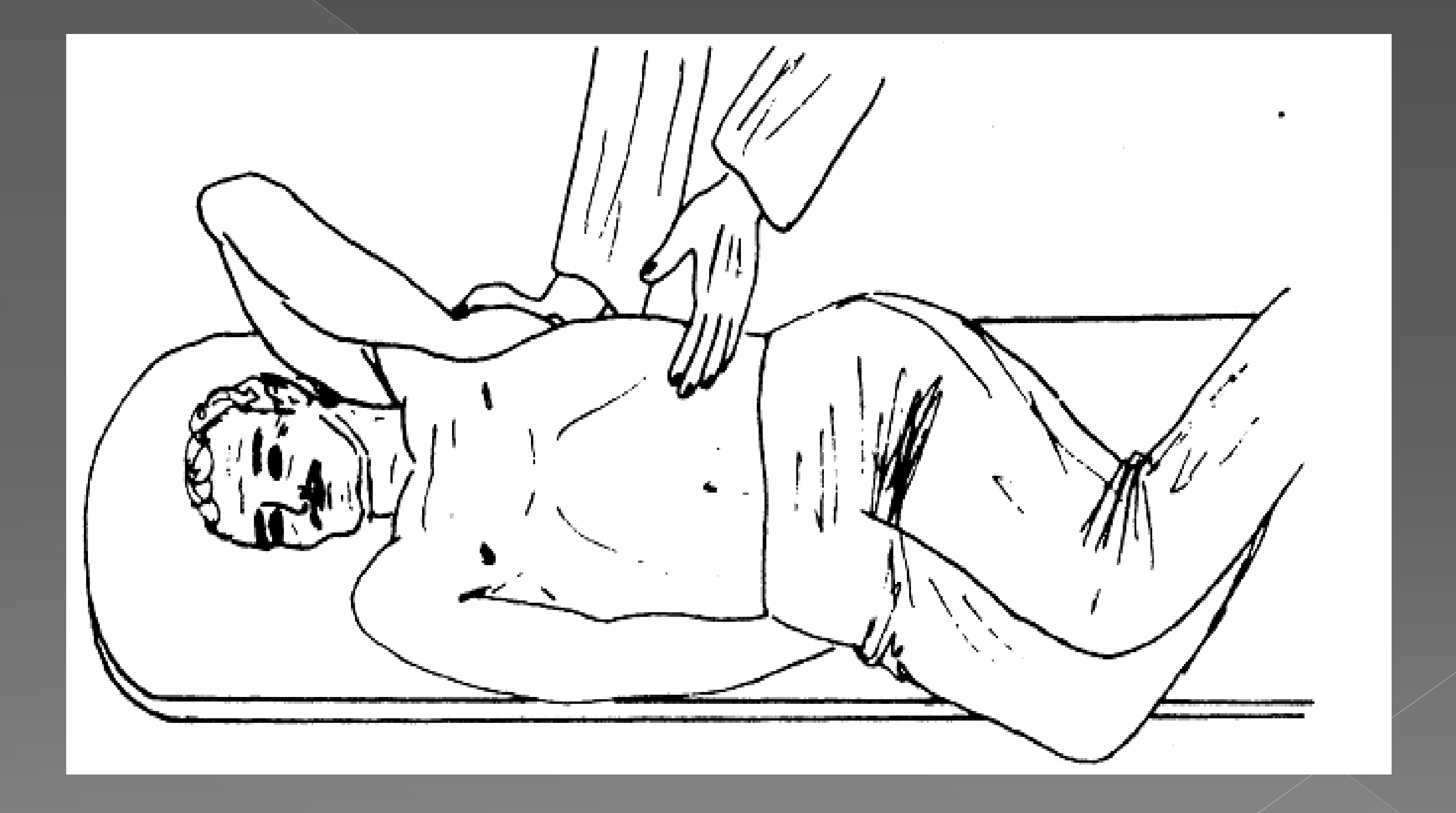
- — L'inspection
- — La percussion
- — La palpation est le temps essentiel ****

  - Techniques de palpation :

En décubitus dorsal



EN DÉCUBITUS LATÉRAL DROIT



2.RÉSULTATS (préciser ces caractères)

- le bord antérieur crénelé ***
- la mobilité lors des mouvements respiratoires
- l'absence de contact lombaire
- le pôle supérieur de la splénomégalie n'est jamais palpable.

RÉSULTATS

- Sa consistance : ferme et élastique le plus souvent, parfois dure lorsque la splénomégalie

est ancienne.

- Sa surface: régulière le plus souvent ou parfois irrégulière.
- Sa sensibilité : en règle indolore, parfois sensible.

RÉSULTATS

CLASSIFICATION DE HACKETT en 5 stades (OMS ,1963)

1. Stade I: rate palpable en inspiration forcée
2. Stade II: rate palpable en respiration normale, sur la ligne mamelonna ire gauche ne dépassant la ligne horizontale passant à égale distance entre le rebord costal et l'ombilic
3. Stade III: rate descendant en dessous de cette ligne, sans dépasser la ligne horizontale passant par l'ombilic
4. Stade IV: rate dépassant cette dernière ligne, mais ne franchissant pas l'horizontale passant à égale distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne
5. Stade V: Rate descendant en dessous de cette ligne.

3.DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- 1. Un gros rein.
- 2. Une tumeur de l'angle colique gauche.
- 3. Une hypertrophie du lobe gauche du foie
- 4. une tumeur de la queue du pancréas ou une tumeur du mésentère.

(echoabdominale, coloscop, LB, TDM).

ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE

1. L'interrogatoire :

- va rechercher systématiquement la notion de signes généraux :
- Fièvre;
- amaigrissement;
- la notion d'hémorragies digestive;
- la notion de consanguinité et de splénomégalie familiale.

2.L'examen clinique

— Des signes d'hypertension portale : une ascite, une circulation veineuse collatérale abdominale; des hémorroïdes.

— Une modification de volume du foie, un ictère.

— Des signes hématologiques : une pâleur cutanéo-muqueuse, des adénopathies, des douleurs osseuses provoquées, un purpura pétéchial et ecchymotique.

3. Les examens complémentaires

— Un hémogramme et un frottis sanguin.

— Un taux de réticulocytes.

— Un dosage de la bilirubine indirecte.

— Une exploration fonctionnelle hépatique.

— D'autres examens complémentaires spécialisés en fonction de l'étiologie.

LES DIFFÉRENTES ÉTIOLOGIES

1. LES SPLÉNOMÉGALIES INFECTIEUSES

- — Les septicémies: syndrome infectieux sévère avec altération de l 'état général, fièvre élevée et splénomégalie en règle modérée de type 1 ou 2. » L'hémoculture avant tout traitement antibiotique permet de mettre en évidence le germe en cause.
- la fièvre typhoïde tient une place importante du fait de sa fréquence dans notre pays : au deuxième septénaire, elle sera reconnue sur l'association :

fièvre en plateau, pouls dissocié, splénomégalie et taches rosées lenticulaires.

- — Les parasitoses :
- Le paludisme : associe une fièvre intermittente de type tierce le plus souvent, plus rarement quarte et une splénomégalie de volume modéré. Le frottis sanguin et la goutte épaisse permettent de retrouver le plasmodium en cause.
- — Le kala-azar : ou leishmaniose viscérale, fréquent chez le nourrisson, plus rare chez l'enfant, exceptionnel chez l'adulte; associe une hyperthermie; une pâleur cutanéo-muqueuse, une splénomégalie volumineuse. Le médullogramme permet de mettre en évidence le parasite : leishmania donovani.

2. LES SPLÉNOMÉGALIES HÉMATOLOGIQUES

- Les anémies hémolytiques : qui associent une

pâleur cutanéo-muqueuse, un subictère et

une splénomégalie de volume variable

biologie: anémie, hyperréticulocytose, augmentation de la bilirubine indirecte.

Il peut s'agir : anémie hémolytique congénitale

anémie hémolytique acquise.

- Les hémopathies malignes:

La leucémie myéloïde chronique : se voit chez l'adulte jeune, qui présente une SMG en règle volumineuse, isolée, le diagnostic repose sur l'hémogramme.

La leucémie lymphoïde chronique : se voit chez le sujet âgé, la SMG est associée à des ADP superficielles généralisées et symétriques; le diagnostic repose sur l'hémogramme et le médullogramme.

La leucémie aiguë : se voit surtout chez l'enfant, elle associe une pâleur cutanéomuqueuse, un syndrome hémorragique, une fièvre, des douleurs osseuses et des adénopathies; le diagnostic repose sur l'hémogramme et le médullogramme.

La maladie de Hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens : la SMG est en règle associée à des adénopathies superficielles et parfois profondes ; le diagnostic repose sur la ponction ganglionnaire et la biopsie ganglionnaire.

3. LES SPLÉNOMÉGALIES CONGESTIVES

- hypertension portale: associe

SMG de volume variable, une ascite, CVC abdominale, hémorragies digestives;

Diagnostic repose: l'œso-gastro-fîbroscopie qui montre les VO.

Due le plus souvent à une cirrhose.

4. LES SPLÉNOMÉGALIES DE SURCHARGE

Rares;

Essentiellement la maladie de Gaucher (lipidose); la SMG est souvent associée à une HMG et à un retard psychique;

On retrouve souvent la notion de splénomégalie familiale;

Le diagnostic repose sur le médullogramme et la ponction splénique qui permettront de mettre en évidence les cellules de Gaucher : cellules de surcharge.

5.LES SPLÉNOMÉGALIES IDIOPATHIQUES

- toutes les investigations cliniques et biologiques restent négatives et la SMG est apparemment sans cause
- on les appellera selon le lieu où l'on se trouve : splénomégalie méditerranéenne. Africaine ou Algérienne.